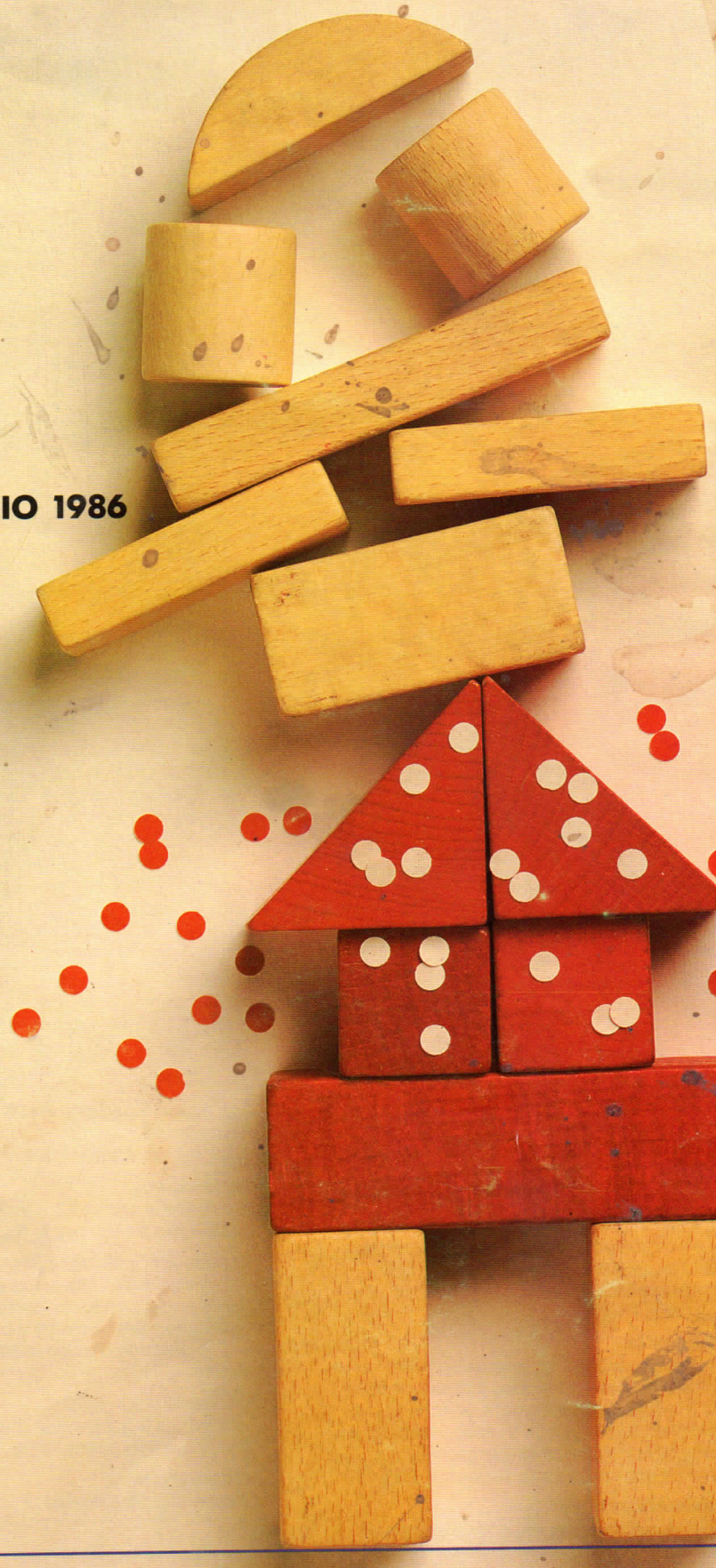
FORUM

Nº 101 Julio 1986

Información Médica

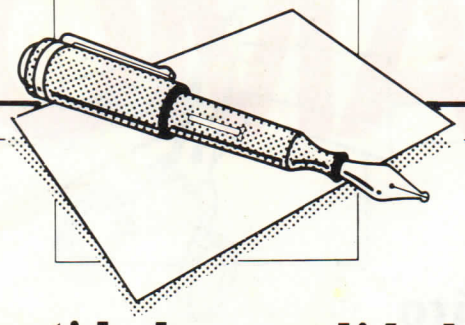


**BILBAO,
23/25 JUNIO 1986**

2

**19 REUNION ANUAL
DE LA ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE PEDIATRIA**

EDITORIAL



Cantidad por calidad

Por más que el conocimiento del dato no sea ya de rabiosa actualidad, el hecho de que el índice de mortalidad infantil en España sea de los más bajos de la CEE —y ésta no es una información patria sino proveniente de la propia Comunidad— no hace sino reflejar el buen nivel alcanzado por la asistencia pediátrica en nuestro país y constituirse en un motivo de satisfacción.

Llevaba razón el incipiente ex ministro de Sanidad y Consumo, Ernest Lluch, cuando en el acto de clausura de la Reunión afirmaba que «de las especialidades médicas, la primera que apostó por la prevención y la modernidad fue la pediatría», y el recentísimo decimoctavo congreso internacional de la especialidad, al que acudió FORUM en Hawaii, demostró que los pediatras no se duermen en los laureles, pues —a título de ejemplo— la conferencia magistral que en torno al SIDA infantil tuvo lugar en Bilbao nada tuvo que envidiar a las aportaciones que sobre el tema se hicieron en Honolulu.

Por otra parte, resulta evidente que en pediatría están desarrollándose nuevos campos de interés acordes con las necesidades actuales y que los pediatras empiezan a ser conscientes tanto de la obligatoriedad de abordar globalmente problemas que les son propios —los relacionados con la adolescencia, entre otros— como de que deben dotarse de estructuras asistenciales más dinámicas, ágiles y eficaces que potencien la atención extrahospitalaria, la hospitalización de día y de agudos, etc. Unas estructuras, en fin, cuya rentabilidad resulta palmaria y que se adecúan más a la psicología del paciente pediátrico, reacio al confinamiento por naturaleza.

Ganada la batalla de la mortalidad infantil, los pediatras españoles han optado por la calidad, por el desarrollo en profundidad de la especialidad y por la asistencia integral del niño desde su nacimiento hasta la adolescencia, pero no hay que perder de vista que determinados criterios estadísticos, económicos y/o políticos pudieran truncar o dificultar esa trayectoria. «Eso sería un gran error», sostiene en estas páginas el presidente de la Asociación Española de Pediatría. Y a fe que lo sería, pues con la pediatría no debe/puede haber regateo ni en el plano económico ni en la asunción ¡ya¡ de reivindicaciones tan antiguas como la ampliación de la edad pediátrica hasta los 14 años y tan evidentes como el reconocimiento legal de las especialidades pediátricas.

La exigencia de ampliar el techo asistencial hasta la edad mencionada es compartida plenamente por las autoridades sanitarias, y es de esperar que las «dificultades de estructura» se superen definitivamente en la legislatura que acaba de comenzar.

La disminución de la natalidad, manejable como subterfugio para presuntas dejaciones, no puede ser utilizada sino como argumento para mejorar la calidad de vida y salud de nuestros niños.

En otro orden de cosas, queremos significar dos sucesos con honda repercusión acaecidos en la Reunión que nos ocupa. Uno, la separación definitiva de los cirujanos pediátricos del seno de la AEP, y otro, el nacimiento de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria.

Desconocemos las razones últimas que han movido a aquel colectivo de pediatras a adoptar esa resolución cuando, según la presidencia de la AEP, «son muchas más las cosas que nos unen que las que nos pueden separar». Aquí no podemos sino aventurar que debe haber motivos de mucho peso para estimar absolutamente precisa la andadura autónoma; pero la ruptura, en definitiva, se nos antoja un hecho grave que debe llevar a meditaciones profundas sobre el futuro de las sub o superespecialidades y sus relaciones o grado de subordinación a la especialidad madre.

Por lo que respecta a la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria, nos conformaremos con señalar que se veía venir... Si, como parece previsible y deseable, la mayor parte de la atención pediátrica descansará en los actos extrahospitalarios, el porvenir de esta nueva asociación se nos antoja halagüeño. Así lo deseamos.

FORUM

Director
Josep Mª Ferrando Colea
Director médico
Javier Sarmiento Elías
Redactor-jefe
Antonio Vasconcellos Santiago
Redacción
Manuel López Cobos
Coordinación científica
Lourdes Sánchez Rissech
Colaboración especializada
Carlos Rodrigo
Fotografías
Alberto Muro
Cubierta
Xavier Noguera
Diagramación
Felip Comes
Publicidad
Vicenç Cerdà
Federico Bordas

Edita
Ediciones Mayo, S.A.

Redacción, Administración y Publicidad
Muntaner, 443, 4º, 2ª
08021 Barcelona
Tels: 201 16 88/201 24 82

Télex
SAED 98055

Fotocomposición
Grafitex, S.A.

Impresión
Gráficas

Depósito legal
B-13543-82

ISSN
0212-9965

Soporte Válido
Ministerio de Sanidad
SVR: 306

SUMARIO

5 *Preámbulo: Entre lo escolástico y lo espontáneo*
9 *Entrevista: Prof. Dr. E. Casado de Frías*
12 *Ponencia: Alteraciones electrolíticas en pediatría*
14 *Ponencia: Aspectos pediátrico-profesionales de la promoción de la salud*
19 *Ponencia: Patología viral*
21 *Mesa redonda: Drogodependencias maternas con repercusión fetal*
22 *Mesa redonda: Farmacocinética y farmacodinamia pediátricas*
25 *Mesa redonda: Enfermedades agudas del aparato respiratorio superior en pediatría extrahospitalaria*
26 *Conferencia: Hipercalcemias crónicas*
28 *Entrevista: Prof. Dr. P. Royer*
31 *Conferencia: El SIDA en el niño*
32 *Entrevista: Dra. M.F. Rogers*
34 *Comunicaciones*

Como es habitual en casi todos los certámenes de las asociaciones científico-médicas, el grueso de los trabajos presentados correspondió a los grandes centros hospitalarios, salvo honrosas excepciones individuales, de pequeños centros e incluso de pediatras con casuísticas provenientes del ejercicio privado.

De excepción

Las figuras estelares de la Reunión fueron el francés **P. Royer** y la norteamericana **M.F. Rogers.** El primero, de reconocido prestigio internacional, trató un tema complejo y poco común, «Los estados hipercalcémicos crónicos en el niño menor de 2 años», pero lo hizo en un tono enormemente atractivo y muy útil incluso para los pediatras prácticos. La doctora Rogers, por su parte, pronunció una conferencia sobre «El SIDA en el niño» que acaparó la lógica atención por tratarse de un problema que ha trascendido a la opinión pública y también por la propia imposición de la investigadora en el tema.

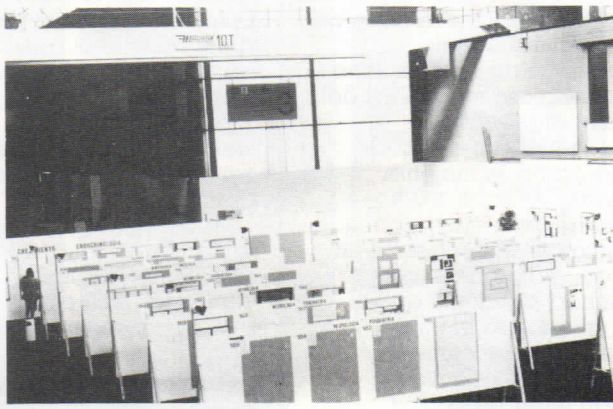
Academicismo versus práctica

Volviendo a las ponencias, quizá lo mejor hayan sido las discusiones, los coloquios que seguían a las distintas exposiciones. Mientras éstas acaso pecaban de rígidas y escolásticas, apartándose un tanto de las necesidades de la práctica diaria, los congresistas, por contra, imprimieron un buen nivel a sus discusiones, a sus exigencias de mayor realismo. Tal vez faltaron en el estrado algunos de aquellos expertos hospitalarios que pueden dar fe y autentificar los acontecimientos cotidianos con mayor actualidad y verismo. En definitiva, el patio de butacas se constituyó en un foro vivo que deparó a la Reunión otra plataforma alternativa de discusión científica.

Informa el presidente

El presidente de la AEP, Casado de Frías, hizo balance de la actividad pediátrica española y urg los especialistas a poner e acento en la medicina escolar. «Estoy convencid de que la sociedad está demandando nuestra intervención en los problemas del aprendizaj de la comunicación, audic y lenguaje, que estamos dejando en manos de

.La AEP, en asamblea general



La disposicion de los stands *y las comunicaciones en póster modalidad de nuevo cuño en reuniones de la AEP, recorda un congreso internacional*

psiquiatras y psicólogos y que demandan nuestro concurso». Afirmó asimismo el catedrático madrileño que los pediatras han hecho dejación de problemas de la adolescencia como las drogodependencias, sexo, alcohol, rebeldía juvenil, «problemas que tenemos que abordar en el contexto de la pediatría».

Insistió Casado en el tema de las especialidades pediátricas, que calificó de «irrenunciable», y anunció la aparición de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria, para la que pidió apoyo porque «creo que tiene un gran papel y es una de las orientaciones por las que va a ir nuestra pediatría». Por el contrario, lamentó informar el presidente que otra asociación, la que engloba a los cirujanos infantiles, había planteado su secesión definitiva y se desgajaba de la AEP: «Hemos tenido varias reuniones y contrastado los puntos que nos unen y nos separan, pero al final los cirujanos pediátricos quieren ser una unidad absolutamente independiente de la AEP, y por muy doloroso que me resulte, debo decir que es un hecho consumado».

También informó el presidente del proyecto de celebrar un congreso pediátrico entre especialistas iberoamericanos, españoles y portugueses dentro del marco de las celebraciones del V Centenario del Descubrimiento de América. Si las negociaciones y conversaciones surten efecto, alguna ciudad andaluza ligada históricamente a la efemérides será la anfitriona de los actos que se programen en 1992.

Decidió asimismo la asamblea que la próxima reunión anual de la AEP, en 1987, tendrá lugar en Córdoba, y pudieron conocerse más detalles del XVII Congreso Español de Pediatría, a celebrar en Zaragoza entre el 21 y el 24 de septiembre de 1988.

Premio Ordesa

Finalmente se hizo público el fallo del premio Ordesa, que, dotado con medio millón de pesetas, recayó en el trabajo titulado «Seno maxilar e infecciones de vías respiratorias altas». **Valero Pérez-Choliz, Feliciano Ramos, Manuel Bueno Sánchez,** de la cátedra de pediatría de la Universidad de Zaragoza; **María Luisa Vega,** del departamento de radiología del Hospital Clínico Universitario de la misma Universidad, y **Antonio Aznar Brasa,** catedrático de econometría de la Facultad de Ciencias Empresariales, también de Zaragoza, eran sus autores.

La frecuencia e «impresión clínica» de que niños con tos persistente, catarros de repetición y cefaleas presentaban anomalías radiográficas del seno maxilar y la descripción en la literatura de niños presuntamente sanos que presentaban dichas anomalías llevaron a los investigadores a hacer un «antes y después» del tratamiento de la veladura del seno maxilar con antibióticos y a verificar si había relación entre la normalización de la radiografía, por un lado, y la normalización clínica, por otro. Los tratamientos y procedimientos estadísticos clínicos mostraron, efectivamente, una fuerte relación entre alteración radiográfica, tos persistente catarros de repetición, pero no así con el síntoma cefalea

Entrega del premio Ordesa

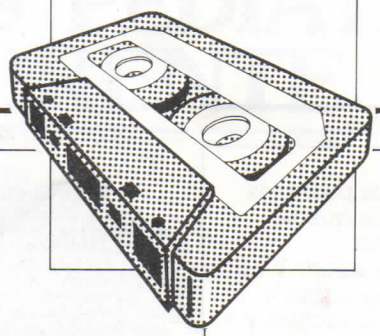
Lluch, para terminar

De nuevo presente en la clausura, José María Maku definió la pediatría como el cuidado de la vida desde l orígenes, agradeció su presencia a los congresista y pidió disculpas por las posibles imperfecciones.

Casado de Frías aprovec la presencia del aún minist de Sanidad, **Ernest Lluch,** para insistir en las reivindicaciones más urgentes de los pediatras españoles y para señalar q el descenso extraordinario de la natalidad requiere un atención redoblada por par de los poderes públicos hacia la infancia y, por extensión, hacia la especialidad.

Respondió Lluch que, de las especialidades médicas «la primera que apostó por prevención y la modernida fue la pediatría», y aseguró que la atención pediátrica hasta los 14 años «es un objetivo que se tendrá que cumplir en poco tiempo». «E un problema que aún no se ha resuelto por dificultades de estructura», dijo. □

Clausura. La última intervención de Lluch



Prof. Dr. E. Casado de Frías

Presidente de la AEP

El presidente de la Asociación Española de Pediatría se muestra preocupado por el presente y futuro de la especialización. La acusada inflación de médicos en España y las incertidumbres en torno a la definición de las necesidades y a las actitudes políticas podrían cambiar el panorama de la pediatría para mejor o para peor, «porque no sabemos si en un futuro los niños van a ser atendidos por pediatras o, por el contrario, van a ser médicos generalistas los que se ocupen de la atención primaria de la infancia».

—¿En qué situación está actualmente la vieja reivindicación de conseguir que la pediatría alcance hasta los niños de 14 años?

—Esta es una de las reivindicaciones más fijas de la pediatría en general y de la Asociación Española de Pediatría en particular. Desde que se generalizó la asistencia al niño en la Seguridad Social por especialistas pediátricos hasta los 7 años, ha sido una reivindicación constante. En el momento actual existen tímidas expresiones oficiales reconociendo este hecho. De facto, se sigue manteniendo la situación equívoca e irregular en muchos lugares, pero existen ya hospitales y servicios pediátricos donde se reciben los niños hasta la adolescencia. Y es que la adolescencia pertenece al ámbito de la pediatría.

—¿Considera que los niños con enfermedades hematológicas, nefrológicas, oncológicas... deben ser atendidos por los especialistas correspondientes, o bien por pediatras con dedicación a estos problemas?

—Creo que las especialidades pediátricas son una realidad impuesta ya en muchos lugares. En España existen especialidades pediátricas muy bien desarrolladas y tratadas por parte de pediatras que tienen una competencia específica sobre áreas concretas. Pienso que los hechos son muy tercos, como dicen los ingleses, y esto se va a imponer como una exigencia.

A mí me parece que el niño debe ser atendido por pediatras, y si requiere una atención especializada debe ser atendido por un pediatra especializado en esa materia.

—Siendo como somos un país de la Comunidad Económica Europea, ¿cómo valora la interpretación de los datos que ha dado la Comunidad en el sentido de que la mortalidad infantil en España es una de las más bajas?

—Realmente se debe a muchas circunstancias. La disminución de la mortalidad infantil está influenciada por tal cantidad de factores, que tratar de resumir las circunstancias determinantes me resulta difícil. Es evidente que influye el nivel de vida, el nivel cultural de la población, la infraestructura sanitaria, las medidas preventivas...

»Creo que tenemos una estructura general muy buena en su conjunto, aunque es positivo hacer una autocrítica de muchos de nuestros defectos. A veces, políticas sanitarias bien hechas y desarrolladas producen resultados de una gran rentabilidad que no siempre están en relación directa ni con la gestión económica ni con el grado de desarrollo sociocultura

«Ahora emergen con una importancia tremenda una serie de problemas que no son nuevos pero que tienen más relieve porque otros han disminuido, y entre los primeros se encuentra la neonatología.»

—¿Cómo se ha adaptado l enseñanza de la pediatría la Universidad española a los avances producidos e los últimos años en campo como la neonatología, vacunaciones en gran esc disminución de enfermedades clásicas co el sarampión, etc.?

—La adaptación creo que está iniciando y ha de hacerse todavía mucho ma en un período inmediato d tiempo. Yo diría que se es planteando por la socieda una serie de nuevos desa y las nuevas estructuras n están adecuadas en absol para los nuevos retos.

—¿Pero existe movilidad e las estructuras universitari para ir adaptándose a eso cambios?

—Realmente tendría que decir que la agilidad con se está produciendo la adaptación va un poco a remolque. No es tanta la agilidad de las adaptacion como los cambios que se están produciendo en nuestra sociedad. Quizás, una de las facetas más importantes es precisame la disminución de la natalidad. Evidentemente, afecta a la pediatría actua a su futuro.

»Por otra parte, la enorm disminución de la mortalid infantil y la disminución de enfermedades que hasta ahora podían considerarse clásicas —la patología infecciosa, la derivada de trastornos gastrointestinale de diversa naturaleza, la nutricional...—, se ha minimizado extraordinariamente. En cambio, emergen con una importancia tremenda una serie de problemas, que n son nuevos pero que tiene más relieve porque los otr han disminuido, entre los q se encuentran la neonatología, a la que en estos momentos se conced una importancia extraordinaria.

—¿Entonces, qué sería posible hacer para unir ma la teoría con la práctica?

—Es una pregunta muy importante. Lo primero que habría que hacer es definir exactamente cuáles son los problemas. Creo que tenemos una idea bastante clara de cuáles son, y a mí me gustaría que la Asociación Española de Pediatría se planteara este problema con una nitidez absoluta. Que fuésemos capaces de determinar aquello que el futuro de nuestra sociedad va a requerir de nosotros, los pediatras. Hay infinidad de problemas que hasta ahora han sido escasamente contemplados. El problema del crecimiento, por ejemplo, es algo que apasiona a la pediatría nacional, y no es por casualidad, sino porque antes, muchas veces lo he dicho, a la gente lo que le preocupaba era que sus hijos murieran. La mortalidad infantil era muy grande, y cuando este riesgo ha disminuido considerablemente, lo que queremos es lograr una población mejor. Entonces, nos interesan los problemas de crecimiento, aprendizaje, comunicación, lenguaje; es decir, una nueva problemática.

—Vivimos en una sociedad de cifras, y los políticos funcionan con cifras a la hora de elaborar los presupuestos. ¿No cree que el descenso de la natalidad pueda conducir a un menor interés, por parte de los poderes públicos, hacia el apoyo de la especialidad?

—Me parece que sería una tremenda barbaridad que se diera esa situación. En este momento la natalidad ha disminuido y tenemos menos infancia, pero como tenemos poca debemos cuidarla mejor. Realmente, si un niño siempre ha sido un tesoro, creo que ahora es un tesoro inmenso, y no nos podemos permitir el lujo de que se produzca la menor desviación en su salud. Y no olvidemos que los ahora niños luego serán adultos, y que serán pocos, y serán esos pocos los que tendrán que mantener el país entero. Todo lo que hagamos en favor de la infancia será lo mejor que pueda hacer un país. El político que no contemple las cosas así es un miope.

—La tendencia, sin embargo, como pone de manifiesto la progresiva escasez de plazas MIR, parece ser contraria al fomento de la especialización...

—Me es difícil precisar. Yo creo que son muchos los problemas que se plantean en torno a la especialización en este momento. El problema es muy complicado y difícil de responder. Por una parte, se ha producido una tremenda inflación de médicos en España. Esto no quiere decir que sobren pediatras, en absoluto, pero todo dependerá de las necesidades nacionales y de las actitudes políticas que en un futuro se determinen. Porque no sabemos si en un futuro los niños van a ser atendidos por pediatras, o por el contrario van a ser médicos generalistas los que se ocupen de la atención primaria de la infancia. En el primer caso se necesitarían más plazas de pediatras.

»Por otro lado, tropezamos con una situación económica que no es brillante y su consecuencia de limitaciones en cuanto a dotaciones económicas y dificultades para la financiación de especialistas. Sin embargo, creo que en estos momentos estamos en unos límites excesivamente bajos y sería necesario aumentar las cuotas. □

«El niño debe ser atendido por pediatras, y si requiere una atención especializada, por pediatras especializados».

TETANO-DIFTER. COMPOSICION: Por 0,5 ml: 25 Lf. de Toxoide diftérico y 10 Lf de Toxoide tetánico, absorbidos por hidrato aluminico coloide. **INDICACIONES:** En los niños que han padecido la tos ferina y no estan vacunados contra la difteria y el tetanos, o en los niños de mas de seis años en que no está imperiosamente indicada la profilaxis activa antitosferinosa. **DOSIFICACION:** Niños que han padecido la tos ferina y no han sido vacunados contra la difteria y el tetanos: 1.ª inyección, 0.5 ml. Intervalo mínimo de 1 mes. Conviene que transcurran 2 ó 3 meses. 2.ª inyeccion. 0.5 ml. Niños mayores de 6 años, vacunados con anterioridad contra la difteria y el tetanos, dosis de recuerdo, 0.5 ml. Es indispensable agitar enérgicamente el frasco antes de sacar la dosis y administrarse por via subcutánea. **CONTRAINDICACIONES:** No administrar la vacuna a enfermos febriles o a convalecientes. **EFECTOS SECUNDARIOS:** El TETANO-DIFTER se tolera muy bien y no produce fenómenos reaccionales en la inmensa mayoría de los casos. **INCOMPATIBILIDADES:** No se conocen. **CONSERVACION:** Entre + 2° y + 10° C. **PRESENTACION:** Cajas con 1 y 2 ampollas de 5 ml. P.V.P. 172.- Pts. y 202.- Pts.

NEO-DIFTEPERTUS. COMPOSICION: Por 0,5 ml: Toxoide diftérico, 25 Lf.; Toxoide tetánico, 10 Lf.; B. Pertussis, 15.000 millones, absorbidos en hidróxido aluminico. **INDICACIONES:** Profilaxis de la difteria, el tétanos y la tos ferina a partir del tercer mes, e incluso a las 6 semanas del nacimiento. **DOSIFICACION: Por vía subcutánea:** Primovacunación, 3 inyecciones de 0.5 ml, con 8 semanas de intervalo; revacunación, 1 inyec. de 0,5 ml al año y a los 4 años de la primovacunacion. **CONTRAINDICACIONES:** Infecciones agudas y crónicas, niños prematuros y estados alérgicos. **EFECTOS SECUNDARIOS:** Puede producirse enrojecimiento y edema en el lugar de la inyeccion, así como elevación térmica. **INCOMPATIBILIDADES:** No se conocen. **CONSERVACION:** Entre + 2° y + 10° C. **PRESENTACION:** Cajas con 1 y 3 ampollas de 0.5 ml. P.V.P. 190.- Pts. y P.V.P. 271.- Pts.

VACUNA ANTI-RUBEOLA LLORENTE. COMPOSICION: Una dosis (0.5 ml) contiene: Virus de la Rubeola vivo cepa RA/27/3, 1000 UFP. Contenido en antibióticos: Sulfato de Kanamicina, 25 mg. Sulfato de Neomicina, 25 mg. **INDICACIONES:** Profilaxis de la Rubeola. **DOSIFICACION:** Dosis unica de un vial de 0.5 ml por vía subcutánea. Para su correcta administración disolver el contenido del liofilizado con la ampolla adjunta, debiendo utilizarse el preparado en el momento. Podrá administrarse a niños desde un año de edad. **CONTRAINDICACIONES:** En embarazo, como contraindicación absoluta. Estados febriles de cualquier naturaleza. Malnutrición protéica grave. Leucemia. Linfomatosis y otras enfermedades neoplasicas. En pacientes tratados con glucocorticoides, antimetabolitos, agentes irradiantes. Pacientes tratados con inmunodepresivos. Pacientes deficientes en los sistemas de inmunidad celular. Pacientes alérgicos a Neomicina y Kanamicina. **EFECTOS SECUNDARIOS:** Eventualmente, exantema pasajero, adenitis o artralgias y fiebre, manifestaciones que suelen remitir espontaneamente. **INCOMPATIBILIDADES:** En caso de haberse aplicado previamente Inmunoglobulina se dejara transcurrir no menos de 6 semanas antes de ser aplicada la vacuna. Transcurrirá un periodo de 4 semanas después de la vacunación por otra vacuna a base de virus vivos. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** No se conideran por la naturaleza inmunologica del preparado. **PRESENTACION: Vial** conteniendo liofilizado de la vacuna, una ampolla de 0.5 ml con el disolvente, jeringa y agua esteril P.V.P. 424 Pts.

VACUNA ANTISARAMPION LLORENTE. COMPOSICION: Una dosis (0.5 ml) contiene: Virus de sarampión cepa Schwarz (cultivado en células primarias de embrion de pollo), 1.000 $DICT^{50}$. Sulfato de Kanamicina, 25 mg. Sulfato de Neomicina, 25 mg. **INDICACIONES:** Profilaxis del sarampion. **DOSIFICACION:** Dosis única de un vial de 0.5 ml por via subcutánea. Para su correcta administración disolver el liofilizado con el contenido de la ampolla adjunta, debiendo utilizarse el preparado inmediatamente despues de haber sido disuelto. No conviene administrarla a los niños menores de 1 año de edad. **CONTRAINDICACIONES:** En estados febriles. Estados de desnutrición severa. Tuberculosis evolutiva. Enfermos crónicos de aparato respiratorio, leucemia, linfomatosis y otras enfermedades neoplásicas. En pacientes tratados con glucocorticoides, antimetabolitos, agentes irradiantes e inmunosupresores. Sujetos alérgicos a las proteínas del huevo o a las aves en general. Embarazo, tras la vacunación debe evitarse la concepción durante 2 meses por lo menos. Pacientes deficientes en los sistemas de inmunidad celular. Pacientes alérgicos a la Kanamicina y Neomicina. **EFECTOS SECUNDARIOS:** Eventualmente fiebre, exantema y enantema. Se administrar con precaución a niños con antecedentes de convulsio nes febriles o lesiones cerebrales. **INCOMPATIBILI DADES:** Con otras vacunas de virus inactivados vivos, si no han transcurrido al menos 4 semanas. Si ha aplicado previamente inmunoglobulina se dejar transcurrir no menos de 6 semanas antes de ser aplicad la vacuna. **INTOXICACION Y SU TRATA MIENTO:** No debe administrarse a pacientes sensibl a la Kanamicina o a la Neomicina, huevos o aves general. En caso de administración a estas persona conviene tener preparada una solución de adrenalin para su tratamiento. **CONSERVACION:** Entre + 2° + 10° C. **PRESENTACION: Vial** conteniendo liofilizado de la vacuna, ampolla de 0,5 ml con disolvente, jeringa y aguja esteril. P.V.P. 383.- Pts.

VACUNA ANTIMENINGOCOCICA A-C LLORENTE. COMPOSICION: Por vi (liofilizado): Polisacárido Meningocócico, Grupo A, 5 mcg. Polisacárido Meningocócico, Grupo C, 50 mcg **Por ampolla:** Agua destilada esteril y apirógena c.s. 0,5 ml. **INDICACIONES:** Inmunización contra meningitis cerebroespinal meningocócica producida po Neiserias meningitidis tipos A y C. **DOSIFICACION** El contenido total (0,5 ml) del vial, una v reconstituida la vacuna, por via subcutánea. inmunidad post-vacunal dura, como mínimo, un año **CONTRAINDICACIONES:** No tiene. **EFECTO SECUNDARIOS:** Carece, y tambien de incompatibil dades. **CONSERVACION:** A + 4° C. **PRESENTA CION:** Caja con un vial con la vacuna liofilizada y un ampolla con 0.5 ml de disolvente. P.V.P. 387.- Pts.

VACUNA ORAL ANTIPOLIOMIELITIC LLORENTE. Monovalente Tipo I. COMPOSI CION: Virus de la poliomielitis (Cepa Sabin) atenua dos, tipo I, en una solución acuosa esteril de sacarosa 53.5 por 100. Contiene los siguientes antibióticos po dosis de 0.5 ml: Dihidroestreptomicina, no mas de 1. mg; Polimixina B, no más de 1.5 unidades. Neomicina, no mas de 0.5 unidades. La concentració de los virus por dois (0.5 ml) de vacuna es la siguient Tipo I: 500.000 D.I.C.T. (Titulo $10^{5.7}$). **INDICACIO NES, DOSIFICACION, COMPATIBILIDADES NORMAS PARA LA CORRECTA ADMINISTRA CION, CONTRAINDICACIONES, INCOMPATI BILIDADES, EFECTOS SECUNDARIOS, INTO XICACIONES Y SU TRATAMIENTO, CONSER VACION Y CADUCIDAD:** Véase Vacuna Or Antipoliomielitica Llorente-Trivalente. **PRESENTA CIONES:** Envase con 1,5 y 10 dosis. P.V.P. 152.- Pt P.V.P. 155.- Pts. y P.V.P. 182.- Pts.

VACUNA ORAL ANTIPOLIOMIELITIC LLORENTE. Trivalente. COMPOSICION: Viru de la poliomielitis (Cepa Sabin) atenuados, tipos I, II III, en solucion acuosa esteril de sacarosa al 53,5 po 100. Contiene los siguientes antibióticos por dosis d 0.5 ml: Dihidroestreptomicina, no más de 1.5 mg Polimixina B, no mas de 1.5 unidades, y Neomicina, n mas de 0,5 unidades. La concentración de los virus po dosis (0,5 ml) de vacuna es la siguiente: Tipo I: 500.00 D.I.C.T. (Titulo $10^{5.7}$). Tipo II: 100.000 D.I.C.T (Titulo $10^{5.0}$). Tipo III: 300.000 D.I.C.T. (Titulo $10^{5.5}$ **INDICACIONES:** Profilaxis de la poliomielitis. **DO SIFICACION:** Lactantes: Iniciar la vacunación lo má precozmente posible, a partir de los tres meses de edad Una primera dosis de vacuna monovalente, tipo seguida de dos dosis de vacuna trivalente. El interval entre cada una será de 6 a 8 semanas. Niños adolescentes y adultos: A los niños que recibieron en s dia las tres dosis indicadas para los lactantes, se le administra una dosis trivalente a los 18 meses, a los 6 14 años. **COMPATIBILIDADES:** Esta vacuna po via oral puede simultanearse con la DTP (difteria tétanos y tos ferina). El embarazo no constituy contraindicaciones para la vacunación de la madre **NORMAS PARA LA CORRECTA ADMINISTRA CION:** Cada envase contiene una pipeta graduada e 0.5 ml, correspondiendo esta cantidad a una dosis. S echara esta dosis en un terrón de azúcar, que ha de se ingerido inmediatamente. A los niños pequeños se le puede administrar la vacuna directamente, vertiendo e contenido de la pipeta dentro de la boca. **CONTRAIN DICACIONES:** No se aministrará simultaneamente l vacuna antivariólica, debiendo meticos que contiene, n cuando exista diarrea intensa o fiebre elevada. **IN COMPATIBILIDADES:** No se administrarán simul taneamente la vacuna antivarólica, debiendo media ente ambas vacunaciones un periodo mínimo de tre semanas. **EFECTOS SECUNDARIOS:** Carece d efectos secundarios. **INTOXICACION Y SU TRATA MIENTO:** No produce intoxicación. **CONSER VACION Y CADUCIDAD:** En refrigerador tip doméstico de 0° a + 10° C, la vacuna tiene una valide de 6 meses. **PRESENTACIONES:** Envase con 1, 5 10 dosis. P.V.P. 165.- Pts.; P.V.P. 179.- Pts. y P.V.P 227.- Pts.